

گاردنر لا واژینالیس و عوامل خطر ساز و یافته‌های بالینی آنها در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی تبریز، ۱۳۸۳

ریحانه ایوان بفا: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز (نویسنده رابط)

محمد تقی سروش برحق: کارشناس ارشد میکروپ شناسی، دانشکده پزشکی تبریز

دکتر جلیل باباپور: استادیار گروه دواشناسی، دانشکده علوم تربیتی تبریز

سپیده فتحی: کارشناسی ارشد مامایی، بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز

چکیده

مقدمه: واژینوز باکتریال ناشی از گاردنر لا واژینالیس که شایعترین نوع واژینیت در سنین باروری است، موجب عوارض و مشکلات متعددی در افراد مبتلا می‌شود. پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، روانی و جنسی بالای عفونتهای تناسلی، وفور مراجعات و عدم اطلاع دقیق از شیوع این عفونتها موجب گردید انجام تحقیقی تحت عنوان فوق ضروری به نظر برسد.

مواد و روشها: در این مطالعه توصیفی- مقطعی، هزار نفر از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی تبریز بطور تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای مربوط به مشخصات فردی- اجتماعی و باروری، نشانه‌های فعلی، قبلی و سابقه درمان، نشانه‌ها، بهداشت عمومی و مقاربت، مشاهدات پژوهشگر و نتایج بررسیهای آزمایشگاهی و کشت بود. سه نمونه از ترشحات واژن و سرویکس جهت مشاهده مستقیم میکروسکوپی، رنگ آمیزی گرم و کشت برداشته شد. از معیار Amsel برای تشخیص ابتلا به واژینوز باکتریال استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله آمار توصیفی (نسبتها، درصدها و جداول توزیع فراوانی) و آزمونهای مجذور کای آزمون دقیق فیشر، t مستقل و رگرسیون لجستیک در نرم افزار Ver ۱۱/۵ SPSS انجام شد.

یافته‌ها: شیوع واژینوز باکتریال ناشی از گاردنر لا واژینالیس، ۹/۲ درصد بدست آمد. واژینوز باکتریال با مشخصات فردی- اجتماعی رابطه نداشت ولی تعداد زایمان، تعداد زایمان طبیعی، تعداد سقط(منفی)، مدت مصرف آنتی بیوتیک (منفی)، استفاده از IUD، نحوه رعایت بهداشت فردی و مقاربت جزو عوامل خطر این بیماری بودند. در ضمن ابتلا به واژینوز باکتریال با سوزش هنگام نزدیکی (رابطه منفی)، رنگ، بو، ظاهر و pH ترشحات واژن، نتیجه کشت گاردنر لا واژینالیس، وجود Clue Cell و نتیجه تست Whiff رابطه معنی دار داشت. pH واژن، بهداشت مقاربت، تعداد کل زایمان، زایمان طبیعی، تعداد سقط تحصیلات زن و شغل همسر از عوامل پیشگویی کننده ابتلا به واژینوز بودند.

بحث و نتیجه گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که تشخیص و شروع درمان با توجه صرف به نشانه‌ها صحیح نیست و انجام آزمایشها تشخیصی ضمن مشاهده و معاینه روتین زنان توصیه می‌گردد.

کلمات کلیدی: واژینوز باکتریال/گاردنر لا واژینالیس/واژینیت/ شیوع

مقدمه

بیماریهای عفونی، از قرنهای پیش در میان جوامع بشری وجود داشته است، اما تنها در طی ۱۵۰ سال گذشته، روشهای کنترل آنها موفقیت آمیز بوده است. شیوع آنها در جوامع بشری تحت تاثیر عوامل اجتماعی، فردی و جغرافیایی متفاوت است. عفونتها تهدید جدی برای سلامتی انسان به شمار می آیند (۱).

عفونت دستگاه تناسلی زنان، مهمترین علل ارجاع آنها از مراکز بهداشتی محسوب می شود بطوری که سالیانه بیش از ده میلیون ویزیت را در کل جهان شامل می شوند (۲). واژینیتها که با ترشحات غیرطبیعی، ناراحتی در ناحیه مهلی - فرجی و یا هر دو مشخص می شوند، یکی از مشکلات شایع پزشکی در زنان بوده (۳)، پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، روانی و جنسی بسیار بالایی دارند. تقریباً ۹۵ درصد موارد واژینیت در اثر عفونت با یکی از سه ارگانیسم کاندیدا آلبیکانس، تریکوموناس واژینالیس و گاردنرلا واژینالیس به وجود می آیند (۴). در یک جمعیت تیپیک از زنان واقع در سنین باروری عفونتهای کاندیدیایی و تریکومونایی هر کدام مسؤول تقریباً ۲۵ درصد موارد واژینیت بوده و واژینوزباکتریال در ارتباط با گاردنرلا واژینالیس بقیه موارد را تشکیل می دهد (۲). واژینیتها باتوجه به نشانهها و عوارضی که ایجاد می کنند نیازمند توجه بیشتری هستند همان طوری که هی^۱ (۱۹۹۸) معتقد است ابتلا به واژینوزباکتریال زنان را مستعد ابتلا به بیماریهای منتقل شونده از طریق جنسی همانند ویروس نقص سیستم ایمنی^۲ (HIV) می نماید (۳).

واژینوز باکتریال شایعترین نوع واژینیت در سنین باروری است (۹،۲). عفونتی است که ناشی از رشد بیش از حد باکتریهای بی هوازی گاردنرلا واژینالیس و مایکوپلاسماها می باشد (۵، ۶). سایر عوامل شامل لاکتوباسیلوس، استافیلوکوک اپیدرمیدیس، دیفتروئیدها و استرپتوکوکهای هوازی و بی هوازی هستند که شایعترین باکتریهای جدا شونده از واژن می باشند. اغلب این ارگانیسمها ساکنین طبیعی واژن هستند ولی رقابت بر سر مواد غذایی، یک عامل مهم است که در شرایط طبیعی باعث می گردد تا تعداد ارگانیسمهای بیماری زا کمتر از حد لازم برای پیدایش عفونت بالینی شود (۲). گاردنرلا واژینالیس تقریباً از واژن ۹۸ درصد زنان مبتلا به واژینوزباکتریال جدا می گردد و حدود ۷۰ درصد افراد علائم خاصی را نشان نمی دهند (۷). شکایت رایج در زنان مبتلا به واژینوزباکتریال،

ترشحات با بوی نامطبوع است که ممکن است به رنگ سفید یا روشن باشد. جنسی بودن انتقال بیماری هنوز مشخص نیست (۲).

در استفاده کنندگان از وسایل ضد بارداری داخل رحمی در مقایسه با روشهای دیگر، شیوع بالاتری از واژینوزباکتریال گزارش شده است. چنین به نظر می رسد که قرصهای خوراکی ضد بارداری سبب محافظت فرد در برابر واژینوزباکتریال می گردد (۸).

عوارض و مشکلاتی که به همراه واژینوز باکتریال دیده می شود شامل زایمان زودرس، افزایش ابتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی (HIV)، ناباروری لوله ای (۲)، بیماری التهابی لگن و آندومتریتهای بعد از اعمال جراحی، پارگی زودرس پرده های جنینی همراه با کوریوآمینیونیت می باشد (۹). آندومتریس پس از زایمان به دنبال سزارین در زنان مبتلا به این عفونت ۵ برابر شایعتر از افراد عادی گزارش شده، بعلاوه ممکن است عفونت محل زخم پس از سزارین در زنان دارای واژینوز به صورت بسیار شایعتری ایجاد گردد (۲).

بیماریهای منتقله جنسی (STDS)^۳، بیشتر اوقات از راه آمیزش جنسی، منتقل می شوند و ابتلا به آنها،

^۱ - Hay

^۲ - Human Immunodeficiency Virus

^۳ - Sexually transmitted disease

مربوط به شیوه زندگی افراد بوده، خطر انتقال آنها در وهله اول به تعداد شرکای جنسی و سایر عوامل خطر نظیر تغییر شریک جنسی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین و استفاده از وسایل ضدبارداری غیر سدکننده دارد این بیماریها، خطر ابتلا به عفونت HIV را افزایش می‌دهند (۱۰).

پرستاران و ماماها نقش اساسی و مهمی در بهداشت و سلامت زنان، نه تنها در خصوص ارزیابی و تشخیص بیماریهای آنان، بلکه در پیشگیری از بروز آنها ایفا می‌نمایند (۱۱). شکایت تعداد زیادی از مراجعه- کنندگان به مراکز بهداشتی و سایر مراکز درمانی واژینیتها می‌باشد، در حالی که کمبود مطالعات انجام شده در زمینه عفونتهای واژن بر روی زنان جامعه ایران، خصوصاً تبریز، احساس می‌گردد و آمار دقیقی از شیوع این عفونتها در استان در دسترس نمی‌باشد. از طرفی نیز درمان این موارد معمولاً بر اساس علایم بالینی انجام می‌گیرد؛ درحالیکه بسیاری از بیماران بدون علامت می‌باشند و تشخیص قطعی واژینیتها نیز با انجام تستهای اختصاصی آزمایشگاهی امکان‌پذیر است. این امر موجب می‌گردد درمان کافی و مناسب انجام نگرفته و سبب مراجعه مجدد بیماران و عدم موفقیت در کنترل عفونتهای واژینال و انتقال آنها شود. این مسائل موجب گردید تا لزوم انجام پژوهشی در این زمینه احساس شود. امید است نتایج حاصل از پژوهش، برای تصمیم‌گیریهای آینده جهت پیشگیری، کنترل و درمان این عفونتها به کار گرفته شود.

مواد و روشها

این تحقیق توصیفی، مقطعی بر روی ۱۰۰۰ نفر از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز انجام شد. محیط پژوهش در این بررسی ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی شهر تبریز بود، که بصورت تصادفی از بین مراکز بهداشتی- درمانی سطح شهر انتخاب گردید. افراد مورد پژوهش نیز از روی شماره پرونده خانوار آنها به طور تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه از پیش تنظیم شده‌ای شامل دو بخش بود. بخش اول، دارای سوالاتی مربوط به مشخصات فردی اجتماعی زن و همسرش، سابقه مامایی و تنظیم خانواده، شکایات فعلی، قبلی و سابقه درمان مددجو و همسر وی و چک لیست تنظیم شده در مورد رفتارهای بهداشتی فرد بود. بخش دوم شامل سوالاتی بود که از طریق مشاهده مستقیم حین معاینه و مشاهده میکروسکوپی لام مرطوب ترشحات واژینال و نتایج کشت تکمیل شد. حین معاینه و مشاهده علائم، سه نمونه از ترشحات واژن، دهانه رحم و فورنیکس خلفی برداشته شد. لام اول با افزودن سرم فیزیولوژی و لامهای مربوط به نمونه واژن و سرویکس پس از رنگ آمیزی گرم با میکروسکپ بررسی شد. pH ترشحات با کاغذ pH سنج تعیین شد. تست آمین یا Whiff با افزودن یک قطره پتاس ۱۰ درصد به ترشحات، انجام شد. مقداری از ترشحات واژینال نیز جهت کشت، در محیط انتقالی استوارت به سرعت به آزمایشگاه انتقال و کشت داده شد.

تشخیص وجود واژینوز باکتریال گاردنر لایی از لحاظ بالینی با استفاده از معیارهای Amsel انجام گرفت. وجود حداقل سه مورد از چهار مورد موجود در این معیار (۱- وجود ترشحات هموژن واژینال ۲- افزایش pH واژن ($>4/5$) ۳- تست مثبت آمین ۴- حضور clue cell در ترشحات واژینال) نشانگر ابتلا به واژینوز باکتریال بود. جهت تعیین روایی از اعتبار محتوی و پایایی ابزار از مشاهده مجدد استفاده گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، جهت تنظیم جداول فراوانی و تعیین درصد و انحراف معیار، از آمار توصیفی و جهت مقایسه داده‌ها از آمار استنباطی به کمک آزمونهای مجذور کای، آزمون دقیق فیشر، t مستقل و رگرسیون لجستیک، با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS Ver ۱۱/۵ استفاده شد.

یافته ها:

در این مطالعه اکثریت افراد مورد پژوهش ۲۰ تا ۲۹ ساله (۴۴/۹٪)، دارای همسر (۹۸/۴٪)، دارای تحصیلات ابتدایی (۳۵/۲٪) و خانه‌دار تحصیلات همسر در حد ابتدایی (۳۰/۷٪)، غالباً دارای شغل آزاد (۳۸/۵٪)، دارای سن ازدواج مساوی یا کمتر از ۱۸ سال (۵۹/۸٪) سابقه ۱ تا ۳ بار زایمان (۸۴/۶٪) درکل دارای سابقه ۱ تا ۳ بار زایمان طبیعی (۶۳٪) بدون سابقه سزارین (۶۷/۵٪) و هنگام انجام پژوهش شیرده (۸۳/۳٪) بودند. سابقه سقط و سابقه کورتاژ نداشتند. آخرین زایمانشان به طریقه واژینال (۶۶/۱٪) انجام شده بود و (۸۷/۷٪) بیش از یک سال از زمان زایمانشان می‌گذشت. اغلب سابقه ابتلا به بیماری^۱ (۹۱/۳٪) و استفاده از داروی خاصی را (۹۱/۸٪) نداشتند. همچنین بیشتر افراد مورد پژوهش (۹۶/۲٪) در طی دو هفته قبل از نمونه‌گیری آنتی‌بیوتیک مصرف نکرده بودند.

از لحاظ پیشگیری از بارداری، اکثریت افراد (۳۷/۱ درصد) از IUD و پس از آن (۲۳/۲٪) از قرصهای خوراکی استفاده می‌کردند. وازکومی کمترین روش مورد استفاده (۰/۶٪) بود. هیچ‌کدام نورپلانت نداشتند. بیشتر افراد (۶۹٪) به مدت یک سال یا کمتر از روش فعلی پیشگیری خود استفاده می‌کردند. (۴۰/۷٪) با توجه به شاخص توده بدنی‌شان در گروه خیلی چاق قرار داشتند و فقط ۳۴/۱ درصد از نظر این شاخص در محدوده طبیعی (۲۶-۱۹/۸) بودند.

نشانه‌های ذکر شده توسط افراد در زمان نمونه‌گیری به ترتیب شیوع عبارت بود از: ترشحات بدبو (۵۲/۵٪)، درد قسمت تحتانی شکم (۴۵/۸٪)، خارش (۳۶٪)، درد هنگام نزدیکی (۲۷/۴٪)، علائم ادراری (۲۶/۹٪)، خارش هنگام نزدیکی (۲۳/۳٪)، سوزش ادرار (۲۳٪) و سوزش هنگام نزدیکی (۱۸٪).

در مورد همسران افراد مورد پژوهش نیز عبارت بود از: سوزش ادرار (۴٪)، سوزش هنگام نزدیکی (۳/۳٪)، خارش (۲/۹٪)، ترشح مجرا (۲/۷٪) و خارش هنگام نزدیکی (۱/۹٪).

در مورد نشانه‌هایی که افراد مورد پژوهش در یک سال گذشته داشتند، به ترتیب شیوع نتایج زیر حاصل شد: ترشحات بدبو (۳۴/۱٪)، خارش (۲۷/۶٪)، درد قسمت تحتانی شکم (۲۴/۶٪)، سوزش ادرار (۱۷/۴٪)، علائم ادراری و درد هنگام نزدیکی (هر دو ۱۶/۴٪)، خارش هنگام نزدیکی (۱۳٪) و سوزش هنگام نزدیکی (۱۲٪). در مورد همسران افراد مورد پژوهش نیز شامل موارد زیر بود: سوزش ادرار (۳/۲٪)، خارش (۱/۹٪)، سوزش هنگام نزدیکی (۱/۷٪)، خارش هنگام نزدیکی (۱/۴٪) و ترشح مجرا (۱/۳٪).

در مورد سابقه درمان به علت وجود نشانه‌های مختلف، نتایج زیر بر حسب شیوع به دست آمد: ترشحات بدبو (۲۲/۸٪)، خارش (۱۹/۶٪)، سوزش ادرار (۱۱/۶٪)، درد قسمت تحتانی شکم (۱۱/۳٪)، سوزش هنگام نزدیکی (۷/۲٪)، علائم ادراری (۶/۵٪)، خارش هنگام نزدیکی (۶/۳٪) و درد هنگام نزدیکی (۴/۶٪). سابقه درمان در همسران افراد مورد پژوهش نیز به ترتیب شیوع شامل موارد زیر بود: سوزش ادرار (۲٪)، سوزش هنگام نزدیکی (۱/۱٪)، خارش هنگام نزدیکی (۰/۹٪)، خارش (۰/۹٪) و ترشح مجرا (۰/۸٪). طبق چک لیست ۷۷/۱ درصد از لحاظ رعایت بهداشت عمومی و ۶۷/۳ درصد از نظر وضع رعایت بهداشت مقاربت در سطح خوب قرار داشتند.

نتایج مشاهدات و آزمایشها به ترتیب شیوع عبارت بود از: ۴۲/۱ درصد سرویکس ملتهب و ۱۵/۹ درصد واژن ملتهب داشتند. ترشحات واژینال در ۷۱/۴ درصد موارد از لحاظ مقدار غیرطبیعی در ۶۵/۷ درصد از لحاظ قوام غیریکنواخت، ۴۹/۵ درصد خاکستری رنگ، ۷۱/۶ درصد کدر و ۷۲/۸ درصد بدون بو بود. ۹۱ درصد فاقد Clue Cell و ۸۹/۳ درصد تست Whiff منفی داشتند. در ۸۱/۱ درصد، pH ترشحات واژن بیش از ۴/۵ بود.

۱- شامل بیماریهای خاص مثل دیابت، گواتر، بیماری عصبی، بیماری قلبی، هیپرتانسیون، بیماری سیستم ایمنی، بیماری عفونی، افزایش کلسترول خون و کم خونی می‌باشد.

از لحاظ معیار چهارگانه Amsel فراوانی وجود معیارهای فوق در زنان به ترتیب از این قرار بود: pH ترشحات واژن بیش از ۴/۵ در ۸۱/۱ درصد، ترشحات یکنواخت و خاکستری در ۱۷/۱ درصد، تست Whiff مثبت در ۱۰/۷ درصد و وجود Clue Cell در ۹ درصد.

از آنجایی که وجود حداقل سه معیار از چهار معیار فوق جهت تشخیص ابتلا لازم است، بر اساس معیارهای فوق ۹/۲ درصد افراد مبتلا به واژینوز باکتریال بودند. از بین ۹۲ نفری که بر اساس معیارهای Amsel مبتلا محسوب می‌شدند، ۸۶ نفر کشت مثبت گاردنر لاواژینالیز داشتند.

اگرچه در افرادی که بیسواد بودند، همسر داشتند یا همسرشان بیسواد بود و همچنین در افرادی که در دو هفته اخیر آنتی‌بیوتیک استفاده نکرده بودند، درصد

بیشتری از ابتلا نسبت به سایر افراد وجود داشت ولی تفاوتها از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در نتیجه هیچ‌کدام از متغیرهای فردی- اجتماعی با ابتلا به واژینوز باکتریال رابطه معنی‌دار نداشتند ($P > 0/05$).

از بین متغیرهای باروری، تعداد زایمان، جز عوامل خطر ابتلا به واژینوز باکتریال محسوب شدند و سایر متغیرهای باروری ارتباط معنی‌داری از لحاظ آماری نشان ندادند ($P > 0/05$).

اکثریت افراد ابتلا به واژینوز باکتریال دارای IUD (۴۶/۷٪) بودند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P = 0/048$). اما در مورد سایر روشها تفاوت معنی‌دار در رابطه با ابتلا به واژینوز باکتریال مشاهده نشد ($P > 0/05$).

از بین متغیرهای بهداشتی، بهداشت عمومی ($P = 0/004$) و بهداشت مقاربت ($P = 0/001$) جزو عوامل خطر محسوب شدند. با وجود اینکه با افزایش دفعات مقاربت در هفته، ابتلا به واژینوز باکتریال افزایش می‌یافت ولی ارتباط معنی‌دار آماری در این مورد مشاهده نشد ($P = 0/194$) (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی ابتلا براساس معیارهای Amsel، برحسب متغیرهای باروری، روش پیشگیری از بارداری و رعایت بهداشت

p-value	غیر مبتلا		مبتلا		n=۱۰
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیرها
۰/۰۴۳*	تعداد زایمان				
	۹۲	۲۳	۸	۲	بدون زایمان
	۹۱/۸	۷۵۴	۸/۲	۶۷	۱-۳
	۸۵/۹	۱۱۶	۱۴/۱	۱۹	۴-۶
	۷۸/۹	۱۵	۲۱/۱	۴	>۶
۰/۰۴۸	IUD				
					دارد
	۸۸/۴	۳۲۸	۱۱/۶	۴۳	هیچ روش
	۹۳/۸	۱۶۶	۶/۲	۱۱	پیشگیری
۰/۰۰۴	بهداشت عمومی				
	۸۵/۶	۱۹۶	۱۴/۴	۳۳	ضعیف
	۹۲/۳	۷۱۲	۷/۷	۵۹	خوب
۰/۰۰۱	بهداشت مقاربت (n=۹۸۴) *				
	۶۸	۱۷	۳۲	۸	ضعیف
	۸۹/۶	۲۶۶	۱۰/۴	۳۱	متوسط
	۹۲/۳	۶۱۱	۷/۷	۵۱	خوب

* تعداد ۱۶ نفر از افراد دارای همسر نبودند که این مقدار از تعداد کل (۱۰۰۰ نفر) کسر شد.

از لحاظ نشانه‌های ذکر شده در افراد ، ۶۰/۹ درصد افراد مبتلا به واژینوز باکتریال، ترشحات بدبو داشتند و سوزش ادرار و علائم ادراری در افراد مبتلا به واژینوز باکتریال بیشتر از سایر افراد بود ولی بجز سوزش هنگام نزدیکی (P=۰/۰۱۸) (رابطه منفی) هیچ‌کدام از نشانه‌های موجود در فرد و همسرش رابطه معنی‌داری با ابتلا نداشتند (P>۰/۰۵). اگرچه ابتلا به واژینوز باکتریال در افرادی که سابقه ترشحات بدبو، درد قسمت تحتانی شکم، علائم ادراری یا سوزش ادرار در یک سال گذشته داشتند بیشتر بود، هیچ‌کدام از نشانه‌ها ارتباط معنی-داری با ابتلا به واژینوز باکتریال نشان ندادند (P>۰/۰۵). همچنین بین

سابقه درمان به علت وجود نشانه‌ها در خود و همسران افراد، با ابتلا به واژینوز باکتریال ارتباطی مشاهده نشد ($P>0.05$).

اما از بین علائم مشاهده شده فقط رنگ، ظاهر و بوی ترشحات و pH واژن رابطه معنی‌داری با ابتلا به واژینوز باکتریال داشتند ($P<0.01$) و سایر تفاوتها معنی‌دار نبود ($P>0.05$). در بررسیهای آزمایشگاهی نیز نتیجه کشت گاردنرلاواژینالیس، وجود Clue Cell در نمونه‌های رنگ‌آمیزی شده به طریقه گرم و نتیجه تست Whiff، از لحاظ آماری رابطه معنی‌داری با ابتلا به واژینوز باکتریال داشتند ($P<0.01$). ۱۰۰ درصد مبتلایان به واژینوز باکتریال تست Whiff مثبت داشتند. (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی ابتلا به واژینوز باکتریال براساس معیارهای Amsel، برحسب یافته‌های بالینی

P-Value	غیر مبتلا		مبتلا		n=۱۰۰۰	یافته‌های بالینی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۱۸	۹۴/۴	۲۵۴	۵/۶	۱۵	دارد	سوزش هنگام نزدیکی
	۸۹/۵	۶۵۴	۱۰/۵	۷۷	ندارد	
۰/۰۰۱	۹۰/۱	۴۴۶	۹/۹	۴۹	خاکستری	رنگ ترشحات
	۹۵/۵	۱۴۷	۴/۵	۷	بی‌رنگ	
	۹۴/۹	۱۶۸	۵/۱	۹	سفید	
	۸۴/۵	۱۴۷	۱۵/۵	۲۷	زرد	
	۹۱/۴	۶۵۵	۸/۶	۶۲	کدر	ظاهر ترشحات
۰/۰۰۱	۹۵/۲	۱۴۰	۴/۸	۷	شفاف	
	۸۳/۱	۱۱۳	۱۶/۹	۲۳	کف‌آلود	
	۷۹/۱	۲۱۲	۲۰/۹	۵۶	دارد	بوی ترشحات
۰/۰۰۱	۹۵/۱	۶۹۶	۴/۹	۳۶	ندارد	
	۷۹/۹	۱۸۵	۲۱	۴	$\geq 4/5$	pH ترشحات واژن
	۸۹/۱	۷۲۳	۱۰/۹	۸۸	$4/5 <$	
۰/۰۰۱	۹۹/۳	۹۰۴	۰/۷	۶	منفی	کشت گاردنرلاواژینالیس
	۴/۴	۴	۹۵/۶	۸۶	مثبت	
۰/۰۰۱	۴/۴	۴	۹۵/۶	۸۶	دارد	Clue Cell
	۹۹/۳	۹۰۴	۰/۷	۶	ندارد	
۰/۰۰۱	۱۰۰	۸۹۳	۰	۰	منفی	تست Whiff
	۱۴	۱۵	۸۶	۹۲	مثبت	

بحث

در تحقیق حاضر شیوع باکتریال واژینوزس ناشی از گاردنرلاواژینالیس، ۹/۲ درصد تعیین شد که این نتیجه با مطالعه سیموز^۴ و همکاران در برزیل که شیوع این بیماری را ۹/۵ درصد (۱۲) و فانک^۵ و همکاران که ۹ درصد گزارش کردند (۵)، همخوانی دارد. ولی با نتایج پرهیزکار در سندج (۶) و ترابی در زنجان (۱۳) که شیوع بیماری را به ترتیب ۲۷ درصد و ۱۶/۲ درصد نشان دادند همخوانی ندارد. تفاوت در حجم نمونه، روش تشخیصی و محیط پژوهش می‌تواند علت این امر باشد. در مورد عوامل خطر ساز ابتلا به واژینوز باکتریال، هیچ کدام از مشخصات فردی اجتماعی جز عوامل خطر ساز ابتلا به واژینوز باکتریال نبود. این یافته با نتایج تحقیق توماس^۶ در نایروبی کنیا (۱۹۹۶) همخوانی دارد (۱۴). ولی با یافته‌های گونزالز^۷ در مکزیکوسیتی (۲۰۰۴) که بین سن، سن شروع فعالیت جنسی و ابتلا به بیماری با ابتلا به واژینوز باکتریال (۷) و ترابی در سال ۱۳۷۵ در زنجان که بین تحصیلات فرد مورد پژوهش و ابتلا به این بیماری، ارتباط معنی‌دار نشان داد (۱۳) عدم همخوانی دارد. از بین متغیرهای باروری، تعداد زایمان، تعداد زایمان طبیعی و تعداد سقط جز عوامل خطر بودند که با نتایج حاصل از تحقیق فرج زاده در تهران (۱۳۷۷)، که بین تعداد زایمان و تعداد سقط با ابتلا به واژینوز باکتریال ارتباط معنی‌دار یافت (۱۵) و اسمارت^۸ و همکاران (۲۰۰۴) که سابقه یک حاملگی قبلی را از عوامل خطر ابتلا محسوب کردند (۱۶) همخوانی دارد ولی با نتایج بررسی صفری در یاسوج در سال ۱۳۷۹ همخوانی ندارد (۱۷).

در این مطالعه، از بین روشهای پیشگیری از بارداری، استفاده از IUD جز عوامل خطر ساز بودند که این نتیجه با نتایج ترابی در زنجان (۱۳)، فرج زاده در تهران (۱۵) گیوریرو^۹ (۲۰۰۰) (۱۸) همخوانی داشت ولی با نتایج حاصل از تحقیق اگاروال^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۴) در هند (۹) و پرهیزکار در سندج (۶) همخوانی نداشت. تفاوت در حجم نمونه، روش تشخیصی به کار رفته، تداخل اثر عوامل مختلف با هم و محیط پژوهش می‌تواند علت این تفاوتها باشد.

در تحقیق حاضر، از لحاظ متغیرهای بهداشتی، نحوه رعایت بهداشت فردی و بهداشت مقاربت جزو عوامل خطر ابتلا به واژینوز باکتریال بودند. این نتایج با نتایج ترابی در زنجان (۱۳) همخوانی داشت ولی با نتایج تحقیق بوریز^{۱۱} و همکاران (۱۹) همخوانی نداشت که این تفاوت می‌تواند به علت وجود تداخل عوامل مختلف رفتاری، اجتماعی، بهداشتی با هم و تاثیر باورهای بهداشتی افراد و سطح آگاهی افراد جامعه مورد مطالعه از مسائل بهداشتی، باشد.

در مورد نشانه‌های فعلی موجود در افراد مورد پژوهش و همسرانشان، به جز سوزش هنگام نزدیکی (رابطه منفی) و از نشانه‌های موجود در یک سال گذشته و سابقه درمان به علت وجود نشانه‌ها، در همین افراد، با ابتلا به واژینوز باکتریال پیوستگی وجود نداشت. رنگ، ظاهر و بوی ترشحات و PH واژن رابطه معنی‌داری با ابتلا به واژینوز باکتریال داشتند. نتیجه کشت گاردنرلاواژینالیس، وجود

Clue cell در نمونه‌های رنگ‌آمیزی شده به طریقه گرم و نتیجه تست Whiff نیز با ابتلا به این بیماری پیوستگی

۱- Simoes

۲- Fonck

۳- Thomas

۴- Gonzalez

۱- Smart

۲- Guerreiro

۳- Agarwal

۴- Boris

داشت. نتایج بررسی دانیل^۵ و همکاران (۲۰۰۴) در آمریکا (۸) با نتایج ما همخوانی داشت اما نتایج ین^۶ و همکاران (۲۰۰۳) (۱۱) عدم همخوانی نشان داد. روشهای مختلف تشخیصی به کار رفته و نحوه انتخاب افراد جهت شرکت در تحقیق و سطح آگاهی افراد از علائم و نشانه‌های غیرطبیعی تناسلی، از علل این تفاوت می‌تواند باشد. با انجام آزمون رگرسیون لجستیک، تحصیلات زن، شغل همسر او، تعداد زایمان، تعداد زایمان طبیعی، تعداد سقط، رعایت بهداشت مقاربت و PH ترشحات واژن عوامل پیشگویی کننده ابتلا به واژینوز باکتریال شناخته شدند.

نتیجه‌گیری

با عنایت به اینکه علت اغلب مراجعات زنان به مراکز بهداشتی درمانی، مطب متخصصین زنان و ماماها را علاوه بر کنترل بارداری و درخواست وسایل پیشگیری از بارداری، درمان عفونتهای دستگاه تناسلی بویژه ترشحات واژینال تشکیل می‌دهد و نیز با توجه به نتایج نامطلوب باروری چنین عفونتهایی و موارد فراوان بدون علامت بیماری، مراقبین محترم می‌توانند از نتایج این تحقیق استفاده کرده و هنگام برخورد با شکایات تناسلی افراد و مشاهده ترشحات غیرطبیعی در معاینات واژینال، به درمان عفونت، صرفاً با اکتفا به یافته‌های بالینی اقدام ننموده و به انجام تستهای آزمایشگاهی که در این تحقیق نیز مورد استفاده قرار گرفته و چندان نیز گران قیمت نبوده و در تمام مطبها و مراکز بهداشتی قابل انجام هستند، مبادرت ورزند و پس از اطمینان از جواب تست و با در نظر گرفتن نشانه‌ها و علائم بالینی و شکایت مددجو اقدام به درمان نمایند. بدین ترتیب ضمن صرفه‌جویی در هزینه و درمان و نیز کاهش مراجعات مکرر مددجو به دلیل عدم پاسخ به درمان، نیروی ارزنده مراقبین می‌تواند صرف خدمت در سایر جنبه‌های مراقبتی از زنان و بهداشت مادر گردد. البته در بعد تنظیم خانواده نیز می‌توان قبل از جاگذاری IUD به روش تشخیصی فوق متوسل شد. لذا پیشنهاد می‌گردد شرایطی فراهم شود تا انجام بررسیهای تشخیصی در زمان معاینات روتین و دوره‌ای زنان در مراکز بهداشتی درمانی امکان پذیر باشد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمام عزیزان به ویژه مددجویان محترم و مسؤولین گرانقدر مراکز بهداشتی درمانی درگیر در این پژوهش و نیز همکاران شاغل در آزمایشگاه به خاطر همکاری ارزنده آنان و در نهایت از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به سبب تامین هزینه انجام طرح تحقیقاتی حاضر کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۵- Danil

۶- Yen

منابع:

۱. دوگاس، ب: اصول مراقبت از بیمار ترجمه فروزان آتش زاده شوریده، زیبا برزآبادی فراهانی، ناهید خزایی، سیما زهری انبوهی، ژاله عزتی، بیتا عماد و همکاران، انتشارات گلبن، تهران، ۱۳۸۱.
۲. موری، کوبایاشی، د، تامپسون: باکتری شناسی پزشکی، ترجمه نوید اسفندیاری، محمدعلی بهار، محمدرضا رحمانی، چاپ اول، تهران، انتشارات جهاد دانشگاهی، ۱۳۷۱.
۳. Martin H Let al. (۱۹۹۹). Vaginal lactobacilli, microbial flora and risk of human immunodeficiency virus type ۱ and sexually transmitted disease acquisition. *J Infect Dis*, ۱۸۰(۶), ۱۸۶۳-۶۸
۴. Mcmurry A (۲۰۰۳). *Community health and wellness, The community of the twenty- first century*, ۲nd ed. Mosby, ۹۰.
۵. Fonck K. (۲۰۰۰). Validity of the vaginal discharge algorithm among pregnant and non-pregnant women in Nairobi, Kenya. *Sex Transm Infect*, ۷۶(۱), ۳۳-۸
۶. پرهیزکار، ع: تعیین میزان شیوع عفونت‌های علامت‌دار واژن و ارتباط آن با روش‌های پیشگیری از بارداری، دومین همایش سراسری مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی کرمانشاه، ۱۳۸۱.
۷. Gonzalez-Pedraza A A, Mota Vazquez R, Ortiz Zaragoza C, Ponce Rosas RE. (۲۰۰۶). Factors of risk of bacterial vaginosis. *Aten Primaria*, ۳۶(۷), ۳۶۰- ۳۶۵
۸. Daniel V. (۲۰۰۶). Predictive value of the clinical diagnosis of lower genital tract infection in women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, ۱۹۰(۶), ۱۰۰۴- ۱۰۰۸
۹. Agarwal K, Sharma U, Acharya V. (۲۰۰۶). Microbial and cytopathological study of intrauterine contraceptive device users. *Indian Journal of Medical Sciences*, ۵۸(۹), ۳۹۴- ۳۹۹
۱۰. بروکسی، ژف؛ بوتل، ژس؛ مورس، آ: میکروب شناسی جانتز، ترجمه عبدالحسین ستوده‌نیا، تهران، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۱.
۱۱. Yen S. (۲۰۰۳). Bacterial vaginosis in sexually experienced and non-sexually experienced young women entering the military. *Obstetrics & Gynecology*, ۱۰۲(۵), ۹۳۷- ۹۳۳
۱۲. Simões JA, Giraldo PC, Faúndes A. (۱۹۹۸). Prevalence of cervicovaginal infections during gestation and accuracy of clinical diagnosis. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, ۶(۳), ۱۲۹- ۱۳۳.
۱۳. تهرانی، م؛ امینی، ب: بررسی ارتباط رفتارهای بهداشتی با شیوع واژینیت در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان ۱۳۷۶، شماره ۲۱، ۴۴ و ۱۳۷۵، ۴۵.
۱۴. Thomas T, Choudhri S, Kariuki C, Moses S. (۱۹۹۶). Identifying cervical infection among pregnant women in Nairobi, Kenya: limitations of risk assessment and symptom-based approaches. *Genitourin Med*, ۷۲(۵), ۳۳۴- ۳۳۸.
۱۵. فرج زاده، ش؛ همتی، ی: بررسی شوع گاردنرلا واژینالیس و سنجش حساسیت به آنتی‌بیوتیک‌ها در مبتلایان به ترشحات مهبل، مراجعه کننده به درمانگاه زنان و زایمان بیمارستان طالقانی تهران، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره پنجم، شماره ۲، ۹۸- ۱۳۷۷، ۹۲.
۱۶. Smart S, SING A, Mindel A. (۲۰۰۶) Social and sexual risk factors for bacterial vaginosis. *Sex Transm Infect*, ۸۰(۱), ۵۸- ۶۳.

۱۷. صفری، م؛ بررسی میزان عفونت‌های واژن و ارتباط آن با روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری در زنان مراجعه کننده به درمانگاه زنان کلینیک شهید مفتاح در نیمه اول سال، چکیده‌نامه طرح‌های پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی استان کهگیلویه و بویر احمد، یاسوج ۱۳۷۹، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، ۳۶ و ۳۷. ۱۳۷۹.

۱۸. Guerreiro A, Ivancevic C, Bujkos. (۲۰۰۶). Bacterial vaginosis (Epidemiology and Risk factor). Spr – Arh – celok – lek و ۱۲۸ (۱- ۲), ۲۹- ۳۳.

۱۹. Boris J, Henriksen TB. (۱۹۹۸). Davidsen U, Secher NJ. Evaluation of specific symptoms of bacterial vaginosis among pregnant women. Infectious Diseases in Obstetric and Gynecology ۴ (۲), ۳۶۵- ۳۶۷.